THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1914 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par **René-A. GUTMANN**

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Médecin auxiliaire au 91e régiment d'infanterie

LES FORMES "A SURPRISES"

DE

L'APPENDICITE CHRONIQUE

Président : M. A. GILBERT, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE J. DUMOULIN

5, rue des Grands-Augustins, 5

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs.	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutiques générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. TEISSIER.
Pathologie chirurgicale	LEJARS.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	Aug. BROCA.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	DEBOVE. LANDOUZY. GILBERT. CHAUFFARD.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET. QUENU. RECLUS. HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BAR. PINARD. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALGLAVE.	GUENIOT.	LEREBOULLET.	RIBIERRE.
BERNARD.	GUILLAIN.	LÉRI.	RICHAUD.
BRANCA.	JEANNIN.	LŒPER.	ROUSSY.
BRUMPT.	JOUSSET (André)	MAILLARD.	ROUVIÈRE.
CAMUS.	LABBÉ (Henri).	MOCQUOT.	SAUVAGE.
CASTAIGNE.	LAIGNEL-LA-VASTINE.	MULON.	SCHWARTZ (A.).
CHAMPY.	LANGLOIS.	NICLOUX.	SICARD.
CHEVASSU.	LECÈNE.	NOBECOURT.	TANON.
COUVELAIRE.	LEMIERRE.	OKINCZYC.	TERRIEN.
DESMAREST.	LENORMANT.	OMBREDANNE.	TIFFENEAU.
GOUGEROT.	LEQUEUX.	RATHERY.	VILLARET.
GRÉGOIRE.		RETTERER.	ZIMMERN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A

LA CHÈRE MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

J'aurais désiré terminer mes études médicales par un travail plus considérable. Les circonstances me pressent et m'imposent d'être bref.

En ce feuillet liminaire, l'usage et la reconnaissance veulent que l'on inscrive les noms de ceux qui ont soutenu et guidé nos années d'étude. Aucun de mes maîtres ne méconnaîtra mes sentiments si, ne leur donnant que la seconde place, je dédie d'abord cette thèse à ceux de mes collègues d'internat tombés victimes de la plus barbare méconnaissance du droit des gens, et dont quelques noms — Marcorelles, Turquety — commencent hélas ! à être connus.

Septembre 1914.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur A. GILBERT

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
GRAND-OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

qui, en acceptant de présider cette thèse, m'a donné une preuve nouvelle de son indulgente bonté et un nouveau motif à ma respectueuse reconnaissance.

A LA MÉMOIRE DE MON PREMIER MAITRE

M. LE PROFESSEUR E. BRISSAUD
Hôtel-Dieu (1904).

A MES MAITRES :

Externat

M. le Professeur PAUL BERGER (*in memoriam*). Necker (1904).
M. le Professeur QUÉNU et M. le Professeur Agrégé PIERRE DUVAL. Cochin (1906-1907).
M. le Professeur A. GILBERT. Broussais (1907-1908).
M. le Docteur L. FAISANS. Hôtel-Dieu (1908-1909).
M. le Professeur F. WIDAL. Cochin (1909-1910).

Internat

M. le Docteur A. BERGÉ. Debrousse et Broussais (1910-1911).
M. le Professeur Agrégé J. SICARD. Ivry (1911-1912.)
M. le Docteur E. ENRIQUEZ. Pitié (1912-1913).
M. le Professeur Agrégé H. MÉRY. Enfants-Malades (1913-1914).
M. le Professeur Agrégé E. DUPRÉ. La Rochefoucauld (1913-1914).

Laboratoires

M. le Professeur G. WEISS. Laboratoire de la Faculté.
M. BULL. Directeur de l'Institut Marey.
M. le Docteur NICOLE. Laboratoire de bactériologie de l'Institut Pasteur.

A MM. les Docteurs CARNOT, JOSUÉ, LAFITTE, LEMIERRE, LEREBOULLET, MERKLEN, PAGNIEZ, RATHERY, RIST, A. BAUDOUIN, VINCENT, médecins des hôpitaux.

A MM. les Docteurs BAUMGARTNER, PIERRE DESCOMPS, DESMAREST, GOSSET, G. LABBEY, chirurgiens des hôpitaux.

A MM. le Professeur POTOCKI et le Docteur SAUVAGE, accoucheurs des hôpitaux.

A mes chefs de conférences d'internat, MM. les Docteurs A. BAUDOUIN, PIERRE DESCOMPS, M. HERSCHER.

LES FORMES A SURPRISES

DE L'APPENDICITE CHRONIQUE

Si l'appendicite aiguë peut présenter des difficultés de diagnostic parfois très graves, celles-ci sont encore bien plus considérables dans l'appendicite chronique, et l'on pourrait ajouter que la méconnaissance de la lésion dans le second cas peut être plus néfaste que dans le premier.

Lorsqu'il s'agit d'appendicite aiguë, la localisation exacte de l'organe lésé peut ne peut pas être faite; mais dans l'immense majorité des cas, même alors, le clinicien reconnaîtra aisément une affection aiguë, à caractère infectieux, suppuratif, et l'intervention sera pratiquée, même si un doute peut subsister entre une cholecystite, une salpingite, etc., d'après la seule gravité des symptômes généraux.

En cas d'appendicite chronique, au contraire, on n'a plus pour se guider la gravité subite d'accidents généraux; la douleur à la pression de la région appendiculaire est, nous le verrons, un signe extrêmement infi-

dèle, car une appendicite chronique responsable d'un état général mauvais peut être à peine douloureuse et, d'autre part, il existe dans la région abdominale des points douloureux nombreux, qui n'ont avec l'appendice qu'une simple relation de voisinage.

Mais il y a plus. Il faut, en effet, savoir que selon l'expression de Bérard et Vignard, il n'y a aucun rapport entre les lésions et les réactions qu'elles suscitent. Le polymorphisme est la règle dans l'appendicite chronique et souvent de nouvelles formes cliniques sont décrites, qui montrent que le tableau classique de l'appendicite chronique est bien rarement réalisé.

Enfin, il existe un certain nombre de cas — et ce sont eux qui feront le sujet de ce travail — dans lesquels la symptomatologie ne peut, pour ainsi dire, servir qu'à égarer le médecin.

Le malade se présente avec un tableau clinique, où rien n'autorise au premier abord à supposer même la participation du vermium. On applique pendant un temps plus ou moins long un traitement symptomatique qui ne réussit pas et c'est le hasard d'un examen qui permet de montrer que chez tel malade, l'appendicite chronique est responsable de troubles nerveux que rien n'a améliorés, d'un état asthmatique dont la cause échappait, ou même d'affections encore plus éloignées, telles qu'une coxalgie ou qu'une sciatique.

Ce sont ces cas que nous proposons de réunir sous le nom de « formes à surprises de l'appendicite chronique ». Il nous paraît bien montrer leur caractère général

dominant. Il permet d'écarter la dénomination d'appendicite larvée qui a été proposée pour certaines formes analogues, dénomination contre laquelle MM. Walther, Silhol, et plus récemment Bérard et Vignard ont justement protesté.

LES APPENDICITES

A SYMPTOMES PULMONAIRES

I. — L'ASTHME APPENDICULAIRE

Sous le nom d'appendicites à symptômes pulmonaires, nous décrivons deux ordres de faits qui rentrent au premier chef dans le cadre de ce que nous appelons les appendicites « à surprises ». C'est d'abord l'appendicite chronique se traduisant par des attaques d'asthme; c'est ensuite celle qui revêt la forme de la tuberculose pulmonaire, pouvant entraîner ainsi les plus graves et les plus durables erreurs de diagnostic.

L'asthme, au sujet duquel tant d'interprétations ont été données, peut compter l'appendicite chronique parmi ses facteurs étiologiques. Delagenière en a cité deux cas, Rocher a consacré sa thèse à cette curieuse manifestation.

En voici, d'après cet auteur, une observation :

Il s'agit d'un médecin âgé de trente-quatre ans, qui eut trois crises nettes d'appendicite, et en outre un peu plus tard une grippe avec congestion pulmonaire et convalescence lente. Or,

quelques mois après, il présenta une première crise d'asthme qui se répéta ensuite de plus en plus fréquemment.

Ces crises survenaient toujours à la même heure, vers cinq heures du soir; elles s'accompagnaient d'une sensation intense de ballonnement du ventre et laissaient le lendemain une langue suburrale et une sensation d'endolorissement dans la fosse iliaque droite; une fois il y eut un point de Mac Burney net, avec défense musculaire, ce qui décida l'opération.

Le cœcum fut trouvé couvert de tractus nombreux et filiformes, et l'appendice enfoui sous des adhérences. Au moment où on le saisissait, la respiration devint stertoreuse, sifflante et le malade se cyanura. On crut à une alerte anesthésique, on suspendit le chloroforme et on lâcha l'appendice. Aussitôt la respiration se régularisa. Saisissant de nouveau l'appendice, les accidents se reproduisirent plus violents encore que la première fois. On le reséqua à la hâte et tout disparut. Depuis, les crises ont diminué notablement d'intensité et de fréquence et vont s'espaçant de plus en plus.

Dans cette observation, on le voit, il y eut au cours de l'opération une sorte de démonstration directe du point de départ appendiculaire des crises.

Nous avons, nous-même, eu l'occasion d'observer et de suivre une jeune malade qui présentait des crises d'asthme d'origine appendiculaire et nous allons la rapporter ici, en raison de la rareté et de l'intérêt de cas semblables.

Simone D..., âgée de vingt ans, nous est envoyée avec le diagnostic d'asthme des foins, en avril 1913. Cette jeune femme nous raconte que, depuis quatre ou cinq mois, elle est prise plusieurs fois par semaine de crises d'étouffement qui surviennent particulièrement vers la fin de l'après-midi et surtout

lorsque la malade, qui est mannequin, a été obligée de rester beaucoup debout dans sa journée. La première crise est survenue au début de janvier et a été accompagnée d'une « indigestion » que la malade attribue à un dîner trop copieux. Cette indigestion s'est manifestée par des vomissements, des douleurs abdominales vives et la malade est restée couchée plusieurs jours, sans d'ailleurs appeler le médecin.

Les crises d'étouffement durent de un quart d'heure à une heure, elles s'accompagnent d'angoisse respiratoire, de « sifflements dans la poitrine »; la malade va à la fenêtre, on lui fait respirer de l'éther et ses compagnes de cabine lui disent qu'elle est « violacée ». La crise se termine par une expectoration plus ou moins abondante et est suivie d'une période de légère somnolence. Jamais ces crises ne s'accompagnent de phénomènes oculaires ou nasaux, de larmoiement ou d'éternuements. Elles ne sont pas non plus réveillées par le séjour à la campagne, le parfum des fleurs, les poussières, et c'est, au contraire, nous l'avons dit, dans un salon d'essayage où la malade passe ses journées que, brusquement la crise éclate vers le soir. Pour toutes ces raisons, nous écartons le diagnostic d'asthme des foins, diagnostic qui est d'ailleurs infirmé par le début brusque des accès au début du mois de janvier.

Quoique le diagnostic d'asthme essentiel ne fut pas non plus satisfaisant, nous mettons provisoirement la malade à l'iodure et à l'arsenic. L'auscultation de la poitrine nous avait montré l'intégrité absolue des poumons et du cœur, et, d'ailleurs, avant le début de la maladie actuelle, cette jeune femme a toujours été bien portante. Ni sucre, ni albumine.

Nous revoyons Simone D... en mai. La situation n'a pas changé, le traitement a été absolument inactif.

Nous nous décidons alors à un examen complet au cours duquel nous pratiquons le toucher qui nous montre l'intégrité de l'utérus et des annexes. Cette manœuvre reste abso-

lument indolore lorsque tout à coup, mettant la main plus haut, vers la région de Mac-Burney, nous déterminons un brusque retrait de la malade. Nous pensons alors à une appendicite possible, mais la jeune malade est fatiguée, a mal au cœur, et nous remettons au lendemain après-midi la suite de l'examen.

Le lendemain, la malade arrive, se déshabille, s'étend sur le lit d'examen; elle est à ce moment parfaitement bien portante; sa respiration en particulier est absolument libre. Nous commençons à explorer la région ileo-cæcale que la malade déclare légèrement douloureuse. A un point précis, la douleur semble plus vive ; nous appuyons à plusieurs reprises. La jeune malade se dresse brusquement, porte la main à sa poitrine, descend du lit, se met à marcher dans la chambre avec agitation, et fait devant nos yeux une crise d'asthme typique d'une durée de vingt minutes environ, avec sibilances, expectoration, etc.

Quelques jours après, la malade est examinée aux rayons : nous trouvons un cœcum fixé, douloureux à sa pointe dans la région de l'appendice. Après l'examen aux rayons, nous obtenons de nouveau, par une palpation profonde et assez prolongée de l'appendice, une crise d'asthme légère. Il faut remarquer que cette seconde crise, plus légère que la première, a été provoquée, pour ainsi dire expérimentalement, par nous le matin, à une heure où jamais la malade n'a eu de crises spontanées.

Nous posons alors le diagnostic d'asthme secondaire à une appendicite chronique et nous proposons une intervention. Celle-ci n'est acceptée que deux mois après par la malade, dont les crises d'asthme n'ont pas cédé. L'opération, très facile, pratiquée au début de juillet, montra un appendice un peu enflammé, adhérent par sa pointe au péritoine de la partie postérieure de l'abdomen. L'examen histologique nous montra des lésions banales d'appendicite chronique.

La malade eut une légère crise d'asthme quatre jours après l'opération et une autre, à peine marquée, dix jours après. Ensuite, elles ont cessé et depuis plus d'un an les crises ne se sont plus jamais reproduites.

II. — PSEUDO-TUBERCULOSE APPENDICULAIRE

C'est M. le docteur Faisans qui, le premier, eut le mérite de signaler cette forme extrêmement intéressante d'appendicite chronique dans une communication à la Société médicale des hôpitaux.

Il montra que nombre de malades, soignés pour de la tuberculose pulmonaire, sont simplement atteints d'appendicite. Tout, dans cette forme d'appendicite, concourt à tromper le clinicien. Le malade maigrit et cet amaigrissement peut s'accentuer pendant des mois et des années. Il perd ses forces, se fatigue facilement. Peu à peu s'installe la fièvre, qui peut le soir atteindre 37°8, 38°. Cette fièvre présente même un caractère de plus, qui la fait ressembler à la fièvre tuberculeuse. Elle se réveille par la marche et persiste un certain temps après que cette marche a cessé. On sait que Daremberg et Chuquet ont attaché à ce signe une très grande valeur diagnostique. Il est presque caractéristique de

la tuberculose. On voit que dans la pseudo-tuberculose appendiculaire ce signe est également positif.

Le malade se plaint de douleurs thoraciques; et celles-ci sont plus volontiers localisées à droite du thorax dans la région moyenne et inférieure de la face postérieure du poumon.

L'état général des sujets est moins altéré que dans la tuberculose pulmonaire vraie; pourtant, peu à peu, s'installent ces troubles généraux légers qui accompagnent toujours l'appendicite chronique.

Si l'on vient à rechercher les signes d'auscultation de la tuberculose, on ne les trouve pas. Pourtant, il n'est pas rare d'observer quelques râles sous crépitants à la base droite, qui peuvent être le reliquat d'une localisation infectieuse ayant accompagné une crise précédente d'appendicite chronique. « De même, dit M. Faisans, on peut noter de la diminution du murmure vésiculaire au sommet droit. Mais c'est là un symptôme banal, qui peut relever de beaucoup d'autres causes que la tuberculose. »

D'ailleurs, il n'est pas rare chez ces malades de noter une toux qui peut être quinteuse, fatigante, qui ne s'accompagne pas d'expectoration, qui résiste à toutes les médications béchiques. C'est là une toux que M. Walther nomme toux appendiculaire et qu'il compare à la toux utérine et à la toux dyspeptique.

M. Walther, qui a absolument adopté les vues de M. Faisans, a apporté à l'appui de cette forme un cer-

tain nombre de cas de ce qu'il appelle l'appendicite à manifestation thoracique. Il a montré que tous ces symptômes que nous venons de décrire disparaissaient après l'appendicectomie. Les lésions de l'appendice examiné après l'opération ne sont en rien spécifiques de cette forme; en particulier, il n'y a pas de lésions tuberculeuses; il s'agit de simple appendicite chronique. Un fait intéressant est la disproportion qui existe entre les lésions appendiculaires et les symptômes observés. Il est des appendicites avec ulcérations muqueuses étendues, avec forte infiltration leucocytaire et œdème très marqué, qui se sont accompagnées d'une réaction locale extrêmement faible et de symptômes thoraciques extrêmement marqués.

Des faits absolument comparables ont été décrits par M. Lereboullet chez l'enfant.

Diagnostic

Deux ordres de faits doivent être distingués de la forme pseudo-tuberculeuse de l'appendicite. Et si nous les plaçons au diagnostic, c'est que l'accord n'est pas encore fait sur la place exacte qu'on doit leur attribuer en nosologie.

Il faudra, en effet, distinguer la forme de Faisans, d'une part d'appendicite s'accompagnant de tuberculose pulmonaire (Sergent), d'autre part de tuberculose pulmonaire accompagnée de manifestations appendiculaires (Poncet et Leriche).

Pour M. Sergent, en effet, « l'appendicite chronique ne se borne pas à simuler souvent la tuberculose pulnaire débutante, elle y conduit nombre de sujets ». L'appendicite donne toujours lieu, lorsqu'elle se prolonge, à des troubles de nutrition, à des spoliations calcaires, à de la déminéralisation dont le facteur principal est la coexistence d'entéro-colite muco-membraneuse. On sait, de plus, que les traitements par les ferments lactiques, qui constituent souvent la thérapeutique des troubles gastro-intestinaux, sont de nature à aider la décalcification. C'est sur ce terrain que la tuberculose pulmonaire peut germer. Ainsi les manifestations intestinales peuvent jouer le rôle d'entéro-colites prétuberculeuses. Il y a longtemps qu'on a dit qu'une diarrhée mal soignée était aussi dangereuse qu'un rhume négligé.

Enfin il est, d'après Poncet, des cas encore différents, ce sont ceux où la tuberculose est présente, préexistente et « cause de tout ». Elle peut créer des réactions appendiculaires, et elle entraîne des troubles objectifs graves : « Elle est déjà là depuis longtemps, alors qu'on craint seulement de la voir apparaître; parler de prétuberculose c'est se payer de mots ». Le fait qu'après l'opération les troubles généraux régressent n'est pas non plus une preuve absolue de la nature appendiculaire des symptômes; or Poncet remarque que « la suppression d'un foyer suppuré ou d'une lésion infectieuse, améliore rapidement un tuberculeux, qu'elle lui

permet même de guérir, surtout si ce foyer n'est pas trop ancien ».

On voit donc que le diagnostic peut être très délicat entre la forme de Faisans et les faits dont parlent MM. Sergent et Poncet.

Il importera de le faire néanmoins, car la sanction opératoire peut faire évoluer d'une façon rapidement bénigne, un syndrome de tuberculose pulmonaire qui s'annonçait comme grave.

*
* *

Telles sont les manifestations pulmonaires principales de l'appendicite chronique. Nous ne rappellerons, en terminant, qu'à titre de curiosité l'observation unique d'un malade soigné par MM. Méry et Hallé et opéré par M. Duval.

Ce malade, présentait depuis longtemps un syndrome de tuberculose du sommet gauche, avec troubles généraux extrêmement graves. Une radioscopie faite après ingestion de bismuth et l'opération qui suivit firent faire le diagnostic.

Il s'agissait d'un sujet présentant une perforation congénitale du diaphragme. Par cet orifice anormal, l'intestin s'était logé dans la cavité thoracique et l'appendice situé sous la clavicule gauche s'étant enflammé, il y avait une appendicite chronique sous-claviculaire.

LES APPENDICITES CLAUDICANTES

SCIATIQUE APPENDICULAIRE
PSEUDO-COXALGIE APPENDICULAIRE

Sous le nom d'appendicite claudicante, nous avons signalé en 1913, notre maître, M. le docteur Enriquez et nous, deux formes anormales d'appendicite chronique qui entrent au premier chef dans le cadre que nous nous sommes donné ici. Ce sont des cas où le syndrome appendicite est réduit à son strict minimum, alors que l'attention du clinicien est appelée, dans certains cas par une sciatique rebelle présentant certains caractères particuliers, dans d'autres, par des douleurs de la région coxo-fémorale qui simulent la coxalgie.

I. — LA SCIATIQUE APPENDICULAIRE

Au cours des affections du pelvis et de l'abdomen, il est fréquent de trouver chez les malades des douleurs plus ou moins vagues, irradiées dans les membres inférieurs. Il s'agit de pesanteur, d'élancements fugaces dans les cuisses. C'est là une symptomatologie qui reste au second plan, à côté des signes prédominants d'ovarite, de salpingite, etc.

Au cours de l'appendicite aiguë ou subaiguë, les algies de la jambe ne sont pas rares.

Enfin, au cours des néoplasies abdominales, il est fréquent d'observer des algies sciatiques par compression qui rentrent dans le même cadre.

Bien différents sont les cas sur lesquels nous avons insisté.

Il s'agit de malades qui viennent consulter pour une sciatique, diagnostiquée jusque là sciatique et traitée comme telle, et chez lesquels, malgré une symptomatologie abdominale à peu près inexistante, on peut arriver à diagnostiquer une appendicite chronique latente, seule responsable de l'algie de la jambe.

Symptomatologie

Dans tous nos cas, nos malades sont venus consulter pour une sciatique rebelle durant depuis un temps

variable, six ans dans une de nos observations. L'algie de la jambe se traduit par des signes dont les uns rappellent la sciatique *a frigore*, dont les autres l'en distinguent.

Chez nos malades, en effet, existaient des douleurs irradiant dans la face postérieure de la cuisse, extrêmement vives souvent, augmentées par la pression aux points de Valleix et aussi par le manœuvre de Lasègue. Mais, en outre, nous avons pu constater des signes différentiels, conformes à ceux que M. Sicard a décrits pour distinguer la sciatique *a frigore*, sciatique dite primitive, « funiculaire », des groupes d'autres sciatiques où rentrent les sciatiques par compression, et que M. Sicard a coutume d'appeler des « parasciatiques ».

Au moment des crises douloureuses, les malades souffrent non seulement en arrière, mais on constate, de plus, des irradiations douloureuses en d'autres domaines nerveux, vers le triangle de Scarpa, l'aine, et parfois les organes génitaux externes. Dans un cas, des « secousses » douloureuses étaient ressenties vers le coccyx et l'anus.

La scoliose, nette dans la sciatique banale, a manqué dans nos observations, sauf dans un cas où elle était ébauchée, bien différente d'ailleurs du déjettement en masse du thorax vers le côté, déformation si caractéristique de la sciatique *a frigore* et sur quoi insiste toujours M. Sicard. Dans un cas, il existait du pied plat du côté atteint; une fois nous avons noté de l'abaissement du pli fessier du côté atteint, alors que

dans deux cas, au contraire, il existait une élévation assez nette du pli fessier, élévation due à une contracture qui rendait la fesse correspondante dure et même douloureuse.

Les reflexes ne présentaient pas de modifications importantes; ils étaient un peu vifs dans deux cas ; il n'y avait pas de troubles sphincleriens, trophiques ou sensitifs; enfin, chez ceux de nos malades qui étaient entrés en salle, nous n'avons pas constaté d'élévation thermique.

Diagnostic de l'origine appendiculaire

Quels sont les signes qui peuvent permettre de déceler l'origine appendiculaire de ce syndrome sciatique ?

Dans aucun des cas, les malades ne nous ont parlé spontanément de douleurs abdominales. En fouillant dans leur passé, on retrouvait extrêmement peu de chose; l'un de nos malades se rappelait avoir eu « une fois une douleur dans le ventre, très forte, comme un éclair » ; une autre nous écrivait : « Jamais avant de souffrir de la jambe, je n'avais ressenti quoi que ce soit à l'appendice proprement dit, mais parfois j'éprouvais une sensation très douloureuse dans tout le ventre, on eut dit une violente piqûre, en quelques secondes, c'était dissipé » ; un autre de nos malades se présenta

dans des conditions spéciales; il avait été opéré, il y avait quinze ans, d'appendicite, mais à cela près que l'interprétation pathogénique est un peu différente (adhérences post-opératoires, épiploïte, au lieu d'adhérences inflammatoires), son cas était tout-à-fait superposable aux précédents.

Chez d'autres malades enfin, on retrouvait dans le passé de petites coliques banales, en somme très peu de chose.

Par contre, la palpation systématique de l'abdomen nous a révélé chez tous une douleur provoquée de la région cœcale. Cette douleur était à peine marquée, parfois elle « correspondait » dans la jambe; elle rappelait au malade la sensation douloureuse abdominale qui accompagnait les paroxysmes sciatiques. En effet en interrogeant à ce sujet les malades on apprenait qu'au moment des crises algiques de la jambe, ils ressentaient parfois, pas toujours, une répercusssion dans la région hypogastrique droite; mais cette sensation était bien peu de chose pour les malades, à côté des douleurs de la jambe; elle ne comptait pas dans leur mémoire et devait y être réveillée par l'interrogatoire.

Enfin il est un autre signe important que nous avons noté plusieurs fois et sur lequel nous tenons à appeler l'attention : contrairement à ce qui a lieu en général dans la sciatique, la station debout calme plutôt les douleurs, qui sont plus violentes lorsque le malade se couche.

Examen radioscopique

En présence de ce syndrome, nous avons pratiqué l'examen radioscopique, ainsi que nous avions l'habitude de le faire d'une façon systématique pour tous nos malades. Sous l'écran nous avons pu nous rendre compte que la douleur légère réveillée par la pression correspond bien exactement à l'extrémité inférieure du cæcum. C'est là d'ailleurs, en dehors de toute sciatique, un signe de première importance pour le diagnostic de l'appendicite chronique et il importe toujours de le rechercher soigneusement.

En second lieu, on peut constater la fixité du cœcum par rapport au reste du côlon. Quand on compare un schéma radioscopique pris sur le malade debout à un schéma du même malade couché horizontalement ou même en position de Treudelenburg on note que le colon semble décrire, autour d'un point cæcal presque fixe, un véritable mouvement « d'éventail ». La fixité du cæcum n'est pas toujours absolue; il peut le faire remonter très légèrement, on note alors que le point douloureux à la pression monte avec lui d'autant.

Cette fixité cæcale ne réalise pas un signe absolument pathognomonique de la peri-appendicite chronique, car il peut exister normalement des variations dans la mobilité de cette région. Pourtant cette variabilité normale porte plutôt sur l'excès contraire, c'est-à-dire que la mobilité excessive, le « cæcum mobile » peut se

trouver chez des individus absolument normaux. Le « cæcum fixé », au contraire paraît presque toujours pathologique. En tous cas, joint aux autres signes précédemment cités, ce symptôme nous paraît devoir être considéré comme ayant une valeur incontestable.

Un dernier point doit enfin éveiller l'attention. C'est l'impuissance des médicaments usuels vis-à-vis des douleurs de la jambe. Tous nos malades souffraient depuis longtemps : six ans l'un, un an et demi l'autre ; stippage, révulsion, injection de sérum glacé selon la technique de M. Sicard, injections d'air restaient ici sans effet durable.

C'est dans ces conditions que nous avons fait opérer par MM. Gosset, Georges Labey et chez M. Arrou, trois de nos malades chez lesquels le syndrome douloureux de la jambe était d'une intensité et d'une persistance suffisantes pour empêcher le travail. Dans deux cas, malgré le peu de signes abdominaux, on trouva une appendicite chronique sur un appendice bas placé, « en bas et en dehors du promontoire » nous dit M. Labey au cours de l'opération. L'appendice était fixé solidement à la paroi postérieure par des adhérences qui furent très difficiles à détacher dans le cas de M. Labey, moins résistantes dans le cas opéré chez M. Arrou.

Le troisième cas, opéré par M. Gosset et qui concernait, nous l'avons dit, un ancien opéré d'appendicite montra un cæcum fixé à la paroi postérieure par des

adhérences d'une telle solidité que M. Gosset éprouva, pour les libérer, les plus grandes difficultés.

Chez ceux de ces malades que nous avons pu suivre, la guérison fut complète. L'un, maçon italien, a repris son travail. Une autre nous écrivit cinq mois après l'opération : « Je marche comme je ne l'avais fait de ma vie et je puis faire même de longues promenades à bicyclette. »

Diagnostic de la sciatique appendiculaire

Le diagnostic de la sciatique appendiculaire est assez facile quand on y pense. Nous n'insisterons pas de nouveau sur les caractères de la douleur irradiée, ni sur les données fournies par la radiologie. Quant à la douleur abdominale provoquée, il faudra la rechercher par une pression délicate ; une pression brutale, en effet, peut réveiller chez tous les malades atteints de sciatique une sensation pénible due au choc des organes abdominaux refoulés sur les branches nerveuses dans le pelvis et, soit dit en passant, c'est de cette façon qu'agit la toux et non comme on l'a pensé, par une brusque hypertension du liquide céphalo-rachidien. Ce signe n'est donc nullement caractéristique d'une sciatique d'origine intra-rachidienne.

De plus, on sait que chez les sujets nerveux, une pression brutale peut provoquer une douleur des plexus nerveux abdominaux, comme l'ont montré

M. Lœper et son élève Mlle Weil. C'est un point de diagnostic sur lequel nous aurons à revenir.

On éliminera par l'examen clinique, l'interrogatoire, le toucher, etc., les tumeurs de la fosse iliaque et du pelvis, les inflammations pouvant donner lieu à des compressions, cancer du rectum, kyste de l'ovaire, salpingite, « salpingite claudicante » d'ailleurs rare dans sa forme vraie, maintenant que les malades se font opérer avant d'arriver à une période avancée de la maladie. De même, au cours d'une appendicite aigue, la psoïtis se distinguera facilement par ses phénomènes spéciaux.

On interrogera le rachis pour déceler un mal de Pott au début et, en cas de doute, on pratiquera la ponction lombaire pour rechercher l'hyperalbumine précoce (Sicard et Foix).

Enfin il faudra savoir distinguer du syndrome organique que nous décrivons, les cenesthopathies des membres et de l'abdomen; et cela d'autant plus que les cenesthopathies sont fréquentes chez les malades gastro-intestinaux, et que cet état psychopathique « s'accompagne le plus souvent de troubles fonctionnels plus ou moins marqués dans la zone intéressée par le malaise sensitif » (Dupré).

Le diagnostic se fera facilement d'après les signes sur lesquels insiste M. Dupré :

D'abord le néant des constatations opposé à la netteté des sensations dénoncées par le malade; ensuite le caractère, en général peu douloureux, plutôt gênant,

de ces sensations; « il y a un minimum de douleurs pour un maximun de sensations anormales ». Il faut pourtant savoir qu'entre l'algie vraie et la cenestopathie, il existe tous les intermédiaires, et que, dans certains cas, c'est l'examen clinique approfondi joint aux constatations radioscopiques qui permettent seuls le diagnostic. Nous avons observé avec notre maître, M. le docteur Dupré, une malade opérée huit fois « dans le ventre » et qui localisait aux régions opérées des sensations cenestopathiques pénibles. L'examen clinique et radiographique nous montra l'absence de toute lésion organique et de toute adhérence. Nous avons observé avec M. Dupré, un autre cenestopathe qui localisait dans l'abdomen et la jambe droite des sensations anormales difficilement définissables qui, au contraire des cas que nous présentons, cessaient dans le décubitus pour se réveiller dans la station debout.

La connaissance des cenestopathies est donc, en l'espèce, comme dans toutes les algies et maladies douloureuses, d'une grande importance pour le diagnostic.

Traitement

Le traitement de la sciatique appendiculaire nous paraît devoir être d'ordre chirurgical, quand les traitements médicaux ont échoué et quand les douleurs sont assez vives pour empêcher les malades de travailler.

On pourra essayer les bains chauds, la révulsion, les injections sous-cutanées d'air, les injections profondes de sérum hypertonique glacé (8, 10, 12 p. 1000). Peut-être des injections sous-cutanées de thiosinamine associées au massage pourraient-elles donner des résultats. En dernier ressort, c'est au chirurgien qu'il faudra s'adresser : il devra opérer l'appendicite, décoller les adhérences parfois très resistantes. Cette opération est d'autant plus indiquée qu'elle débarrasse le malade d'un appendice chroniquement inflammé. Mais il faudra savoir que la résistance des bandes fibreuses néo-formées est parfois assez grande pour gêner considérablement le chirurgien au cours de l'acte opératoire.

Pathogénie

Nous n'insisterons pas longuement sur la pathogénie de cette variété de sciatique. L'on admet classiquement qu'il peut exister des sciatiques reflexes au cours des affections les plus variées, même assez éloignées du bassin (Fourquet). Pourtant, dans les lésions chroniques de l'appendice, cette affection ne paraît pas avoir été souvent signalée. Dans une thèse de Delmas sur les adhérences douloureuse péricæcales après appendicectomie, en 37 observations, on signale une fois seulement le caractère pénible de la marche. Dans les articles de MM. Mathieu et J.-Ch. Roux, sur les adhérences péri-

cæcales nous ne l'avons pas trouvé signalé. Dans les traités, il est à peine fait mention des douleurs des membres inférieurs. Pourtant ce sont les adhérences qui semblent jouer le rôle principal. La constance avec laquelle l'opération les a montrées, la situation basse du cæcum, sa fixité, l'augmentation de la douleur dans la position horizontale ou inclinée, tout semble l'indiquer. Le nerf sciatique naît des 4e et 5e lombaires, des 1re, 2e, 3e sacrées; c'est en plein dans cette région que les adhérences fixent l'organe. Leur largeur explique la participation d'autres nerfs et les douleurs irradiées scarpiennes, inguinales, scrotales, coccygiennes. Dans d'autres cas plus rares, il pourra s'agir de compression par des ganglions enflammés, comme nous l'avons observé sur une pièce provenant, il est vrai, d'une inflammation tuberculeuse et non d'une appendicite chronique. — La discussion de la pathogénie de la douleur dans les cas qui nous occupent sort du cadre clinique que nous nous sommes imposé. Bornons-nous à dire qu'il s'agit pour nous, dans les sciatiques, plus d'une douleur à siège musculaire que d'une douleur à siège nerveux. Telle est d'ailleurs également, croyons-nous, l'opinion de M. Vincent. Dans les sciatiques, ce qui domine, c'est une contracture douloureuse des muscles innervés par le nerf sciatique. Cette contracture fut visible très nettement au niveau de la fesse, crispée et douloureuse, chez deux de nos malades. Elle est souvent nette aux muscles des gouttières lombaires et aux muscles postérieurs de la cuisse : le signe de

Lasègue nous semble réaliser, plus un signe d'élongation musculaire qu'un signe d'élongation du tronc nerveux lui-même, comme on le dit généralement.

Peut-être est-ce à un syndrome de ce genre qu'il faut rattacher les cas de scoliose dans l'appendicite signalés par M. Mayet. Cette coexistence, sur laquelle l'auteur appelle à juste titre l'attention, ne doit pas être rare, puisque M. Gontrand Leo a trouvé trois fois de la scoliose sur onze appendicites opérées en peu de temps. Il s'agit sans doute d'une contracture musculaire déterminée par des adhérences péricæcales et mises en jeu par la branche postérieure des nerfs rachidiens qui viennent innerver les muscles postérieurs du tronc et les téguments qui les recouvrent. Dans un de nos cas, rappelons-le, cette scoliose existait aussi, légère mais nette. Il serait intéressant, dans des cas pareils, d'étudier la mobilité de la région cæco-appendiculaire, tant radioscopiquement que directement au cours de l'opération.

Il nous faut rapprocher également de notre description les cas de méralgie paresthésique observés par M. Miguel Conto (de Rio-de-Janeiro) au cours de la colite muco-membraneuse. Ils se caractérisent par des sensations de brûlure, de fatigue douloureuse, parfois de douleurs véritables et pénibles, siégeant à la face antérieure ou antéro-externe de la cuisse ou de la région lombaire. L'auteur en fait « peut-être un phénomène radiculaire dû à l'excitation des centres des neurones sensitifs des premières racines lombaires par les filets

du plexus mesenterique inférieur » Tous ces cas concernent des malades atteints depuis longtemps de colite avec ptose et constipation.

Or ce syndrome coexiste fréquemment avec des adhérences, comme nous avons pu en observer des cas à la consultation spéciale et à la radioscopie du service de M. Enriquez. M. Lardennois a même pu en constater des cas au cours d'interventions : « Nous avons vécu longtemps, écrit-il, avec cette idée que la colite ne donne pas de réaction péritonéale, c'est une erreur... Aucun doute n'est possible sur la réalité de la lymphangite chronique sous-séreuse des côlons et des mesos dans les colites avec retention — on peut même constater des réactions franches au cours de l'opération. — Tiraillées, les adhérences se tendent, résistent, s'épaississent. Dans leur forme la plus fréquente, elles sont l'effet de réactions infimes, mais continues. » Toutes ces conditions sont réalisées dans les cas signalés par M. le professeur Conto, et ici encore la recherche des signes radioscopiques et cliniques sur lesquels nous avons insisté, permettrait peut-être de déceler des adhérences responsables du syndrome.

En résumé, la sciatique nous semble être une des principales formes de ces appendicites chroniques latentes qui s'extériorisent par des algies rendant la

marche pénible, que l'on pourraient grouper sous le nom global d'appendicites claudicantes et dont nous allons étudier maintenant une deuxième forme, la pseudo-coxalgie.

II. — LA FAUSSE COXALGIE APPENDICULAIRE

A côté des cas précédents que nous venons d'étudier, où le trouble de la marche s'extériorise sous la forme d'une sciatique, nous avons observé avec notre maître M. Enriquez un autre groupe de faits qui rentrent légalement dans le cadre des appendicites claudicantes : les fausses coxalgies d'origine appendiculaire.

Il s'agit de malades qui viennent consulter pour une coxalgie, comme nos malades du chapitre précédent viennent consulter pour une sciatique. Rien chez eux non plus à première vue, ni dans l'examen, ni dans l'interrogatoire ne décèle une participation abdominale.

Voici une observation d'un de nos cas : elle est typique :

Suzanne M., vingt-deux ans, institutrice, entre en mai 1912 à la Pitié. La malade se plaint de souffrir depuis un an dans la hanche et la jambe droite. En février 1912 cette malade était déjà entrée pour des algies de la hanche et de la jambe, dans le service de M. Sicard dont nous avions, à cette époque, l'honneur d'être l'interne. Elle présentait une symptomatologie uniquement lombo-coxo-fémorale. Elle disait que plusieurs mois auparavant elle avait été peu à peu prise de douleurs dans la

hanche et sur le trajet du sciatique droit; ces douleurs avaient augmenté; elle avait eu de la fièvre et avait, par la progression de ses souffrances, été obligée de s'aliter. A son entrée à Ivry, l'aspect du membre était normal. La palpation réveillait sur le trajet du sciatique et dans les muscles innervés par ce nerf, des douleurs très vives; de même, la palpation profonde de la hanche était extrêmement pénible. Quand la malade essayait de se lever et de faire quelques pas, la douleur coxale devenait angoissante et syncopale, et plusieurs fois fut assez forte pour déterminer de la lipothymie. Il y avait, de plus, un point à la tubérosité ischiatique, où la pression réveillait d'une façon constante une vive douleur. Nous pratiquâmes les touchers vaginal et rectal qui ne montrèrent rien d'anormal dans les organes pelviens. Par ce toucher on réveillait une douleur exquise dans la région de la face interne de l'acetabulum. La pression du ventre était indolore.

Nous basant sur les signes un peu anormaux de la sciatique, qui étaient ceux des sciatiques secondaires que nous avons examinées dans le précédent chapitre, nous conclûmes, M. Sicard et nous, à une compression ou une irritation du sciatique, peut-être par une coxalgie, opinion que confirmaient les douleurs coxales et sciatiques et la présence du point osseux ischiatique. La radiographie de la hanche montra toutefois une intégrité absolue de l'articulation.

Nous avions émis également l'hypothèse d'une compression plus élevée, par une salpingite par exemple, mais nous trouvâmes contre cette opinion une intégrité absolue des organes abdomino-pelviens absolument indolores.

Les divers traitements institués restèrent inefficaces, entre autres les injections de tuberculine. L'état général n'était pas mauvais et il n'y avait pas de signes de tuberculose pulmonaire. La malade fut obligée de quitter Paris pour des affaires de famille et sortit de l'hôpital avec ses mêmes phénomènes algi-

ques et une impossibilité de la marche aussi accentuée qu'au début.

Plusieurs mois après, elle entra à la Pitié. Toujours les mêmes douleurs coxo-sciatiques, spontanées et provoquées par l'exploration dans les diverses attitudes; impossibilité de la marche. Les signes se sont même accentués : la jambe droite est en demi-flexion et en légère abduction; quand on essaye de provoquer l'extension on est arrêté par une contracture très nette des muscles antérieurs et externes de la cuisse; pas de ganglions inguinaux; raccourcissement de la jambe mesurée de l'épine iliaque antéro-supérieure au condyle externe du fémur; abaissement léger de cette épine iliaque du côté malade; légère scoliose à concavité droite. Bref, la plupart des signes classiques de la coxalgie, et même d'une coxalgie assez avancée.

Nous faisons pratiquer la radiographie ; elle montre, comme à Ivry, une intégrité absolue de la hanche.

En examinant la malade, nous trouvons que la pression de l'abdomen, dans la région du point de Mac Burney, réveille une douleur, légère à la vérité, mais qui n'existe pas à gauche; quelques jours après, cette douleur s'est un peu accentuée. Nous examinons la malade à l'écran et nous constatons les deux signes sur lesquels nous avons insisté à propos des sciatiques appendiculaires : fixité du cæcum, localisation de la douleur à l'extrémité inférieure du cæcum, à la place où doit se trouver l'appendice.

M. Georges Labey veut bien se charger de l'opération. Les constatations sont les suivantes : cæcum bas placé, appendice dans le bassin, fixé à droite du promontoire. M. Labey libère les adhérences, resèque l'appendice qui, examiné histologiquement, montre les lésions banales d'une inflammation chronique. Après l'opération la malade sent ses douleurs diminuer, tous les signes cliniques de coxalgie et de sciatique disparaissent.

Un an après, la guérison s'est maintenue complète et la malade, absolument libérée, a repris une vie active.

Nous avons observé chez un jeune garçon de seize ans, Georges R., un cas absolument superposable.

Ce jeune garçon était entré à la Pitié pour des douleurs dans l'articulation sacro-iliaque avec contracture des muscles antérieurs et extérieurs de la jambe. Les déformations que nous venons de décrire chez Suzanne M. existaient chez Georges R., mais à un moindre degré. En revanche, la scoliose à concavité droite était nette. La marche n'était pas impossible comme dans l'observation précédente, mais s'accompagnait d'une forte claudication. Il y avait un point douloureux léger au niveau de la région appendiculaire et aux rayons X, fixité du cæcum, localisation appendiculaire de la sensibilité.

Malgré l'absence de tout antécédent personnel, nous diagnostiquâmes une appendicite chronique et l'opération faite par M. Baumgartner confirma ce diagnostic. Le malade fut et resta guéri un an après l'opération.

M. Comby a signalé, avant nous, deux cas dans lesquels des douleurs irradiées vers le membre inférieur droit, avec hésitation de la marche, firent penser à une coxalgie.

MM. Babinsky, Enriquez et Gaston Durand ont présenté un cas très intéressant et qui se rapproche des nôtres. C'est l'observation d'une jeune femme chez qui l'on avait fait le diagnostic de coxalgie hystérique et chez qui une appendicectomie guérit le syndrome coxalgique. Mais, dans ce cas, il existait un élément pithiatique qui a pu influer sur la douleur et qui enlève

un peu de pureté au type clinique. Néanmoins, le cas de MM. Babinsky, Enriquez et Durand est extrêmement instructif, puisqu'il permet de jeter la suspicion sur certains cas de soi-disant coxalgie hystérique depuis longtemps décrit.

Enfin, plus récemment, MM. Rochard et Stern sont revenus sur cette question et ont apporté dans la Presse médicale quelques observations intéressantes qui corroborent absolument notre manière de voir.

Pathogénie

La pathogénie des fausses coxalgies d'origine appendiculaire ne sera pas étudiée ici. Elle peut être envisagée de la même façon que celle des sciatiques appendiculaires. Les adhérences fixant les organes directement sur les nerfs du plexus lombaire et sacré sont responsables des accidents. Peut-être une irritation directe des muscles lombaires et iliaques joue-t-elle un rôle dans la genèse des contractures musculaires?

Diagnostic

Quant au diagnostic, on comprend que c'est d'abord avec la vraie coxalgie qu'il devra être fait. Dans certains cas, il pourra être extrêmement difficile. Dans une observation de MM. Rochard et Stern, un malade

avait été mis pendant plusieurs mois dans un appareil plâtré avant que le diagnostic fut fait.

S'il se joint au syndrome pseudo-coxalgique une tuberculose pulmonaire ou une de ces fausses tuberculoses que M. Faisans nous a montrées pouvoir être causées par une appendicite chronique, on conçoit que l'idée s'aiguille encore plus facilement vers le diagnostic de coxalgie. La radiographie négative de la hanche, la radioscopie positive de la région appendiculaire seront les principaux éléments du diagnostic. L'examen approfondi des organes abdomino-pelviens devra être pratiqué. Et cela d'autant qu'il est plus que probable que d'autres lésions que celles décrites ici, des salpingites, des ovarites, pourront être trouvées dans l'avenir à l'origine de cas semblables.

Mais si l'on examine les observations, on ne peut manquer d'être frappé par la similitude que présente ce syndrome avec l'ancienne coxalgie hystérique.

On trouve dans les deux cas, même absence de symptômes organiques de la hanche constatables à la radiographie. Il n'y a pas de ganglions, pas d'abcès froids, pas de déformations, d'empâtement, de subluxation de la région articulaire. L'atrophie musculaire, exceptionnelle dans la coxalgie hystérique, manquait dans nos cas aussi. Il est probable que si l'on pouvait explorer l'articulation pendant l'anesthésie opératoire (chose que nous avons omis de faire), on aurait ici, comme dans la coxalgie hystérique, un retour absolu à la souplesse normale, par cessation des con-

tractures. Il est permis de supposer, nous l'avons vu, que nombre d'observations étiquetées jadis « coxalgie hystérique » rentraient peut-être, soit dans le cadre pur des cas que nous venons d'étudier, soit dans le cadre mixte des cas du type de celui présenté par MM. Babinsky, Enriquez et Durand.

APPENDICITE CHRONIQUE

A FORME NERVEUSE

Le dernier groupe de faits que nous étudierons concerne des appendicites qui revêtent le masque d'affections nerveuses.

La forme la plus fréquente est celle où dominent des signes de dépression psychique. C'est le cas de l'observation que nous allons rapporter d'après H. Pied.

Jeune fille de vingt et un ans qui, jusqu'à l'âge de dix-huit ans, a été bien portante. Elle a commencé, il y a trois ans, à perdre le sommeil et l'appétit, progressivement, sans cause apparente. En même temps son caractère s'est aigri au point qu'elle a renoncé aux distractions habituelles à son âge et à sa condition, et en est arrivée même à ne plus supporter sa famille. La marche devint pour elle des plus pénibles : elle ne pouvait pas faire 100 mètres sans se plaindre d'une vive douleur siégeant à la partie inférieure de la colonne vertébrale.

Lorsque nous la vîmes le 24 octobre 1911, elle avait épuisé le cycle des cures usitées en pareil cas, régimes, cures de repos, hydrothérapie, calmants de système nerveux, sans l'ombre d'un résultat. En comparant son aspect extérieur à celui des photo-

graphies faites trois ans auparavant, on pouvait se convaincre de la déchéance profonde qui avait atteint cet organisme autrefois vigoureux. Le visage était émacié et contracté, le teint grisâtre. On trouvait à l'auscultation, dans la fosse sous-épineuse gauche, un foyer où la submatité s'accompagnait d'une diminution très marquée du murmure vésiculaire. Le foie débordait légèrement les fausses côtes : l'exploration de l'abdomen ne décelait nulle part de résistance musculaire : à travers la paroi amaigrie, on sentait nettement la corde côlique. L'examen le plus attentif ne permettait de trouver aucun point douloureux à la pression sur la colonne vertébrale, qui ne présentait aucune espèce de déformation. Le toucher rectal permit de résoudre le problème. La paroi droite du pelvis était œdématiée, légèrement douloureuse à la pression, alors que le toucher ne décelait ni gonflement, ni douleur à gauche. Près du ligament large droit qui semblait épaissi, on trouvait un cordon très douloureux à la pression, qui ne pouvait être que l'appendice.

L'opération pratiquée le 12 novembre permit d'enlever un appendice pelvien présentant des altérations nombreuses (foyers hémorragiques, cicatrices).

Le retour à la santé fut des plus rapides. Quinze jours après l'intervention, l'appétit et le sommeil étaient revenus, les selles s'étaient régularisées, les phénomènes nerveux, pulmonaires et la névralgie coccygienne avaient disparu. Aujourd'hui, après deux mois, la jeune malade a repris trois kilogrammes de poids et sa vie normale, elle a retrouvé son entrain et sa gaieté.

On comprend qu'une intoxication chronique puisse aboutir à de pareils désordres. L'appendicite chronique n'est qu'un facteur d'auto-intoxication digestive et l'on sait combien celle-ci se trouve fréquemment dans la genèse des psychopathies et des psychoses. Les malades

atteints d'appendicite chronique sont, en effet, avant tout des constipés et Pierret, Peyat dans sa thèse de Lyon, ont montré l'importance de la constipation comme facteur de toxi-infection. En amont de l'obstacle formé par le bouchon steroral et l'intestin spasmé s'accumulent des matières diarrhéiques d'une très grande virulence.

La céphalée, les migraines, les vomissements qui font partie du cortège de l'appendicite chronique peuvent même s'associer de telle façon qu'ils aboutissent à créer une véritable forme pseudo-méningitique de l'appendicite chronique dont nous donnons ci-après une observation.

Il s'agissait dans ce cas d'une petite fille de sept ans, que nous avions suivie depuis sa toute petite enfance. Elle avait eu, à l'âge de deux ans, une broncho-pneumonie grippale, une rougeole discrète trois ans plus tard, et ces deux affections avaient conservé une adénopathie trachéo-bronchique très marquée.

En juillet 1908, elle présenta des troubles digestifs vagues accompagnés de maux de tête et de constipation sans fièvre, qui résistèrent longtemps au repos et à l'hygiène alimentaire la plus sévère. A l'automne 1909, l'enfant commença à perdre l'appétit, à maigrir, à se déclarer de suite fatiguée; puis apparurent des vomissements spontanés, faciles, sans efforts, survenant après le premier déjeuner du matin et dans l'après-midi. L'examen de l'enfant permettait d'apprécier sa maigreur, étendue au ventre nettement excavé. Le pouls ralenti battait 50 à 60 par minute, avec des intermittences fréquentes, marquées d'extra-systoles perceptibles à l'auscultation. Les pupilles étaient irrégulières et inégales, les réflexes pupillaires paresseux. La température cen-

trale peu élevée, 37°, 38°. L'enfant se plaignait continuellement de la tête.

L'ensemble de ces phénomènes était d'autant plus impressionnant qu'un des frères de la petite malade était mort de méningite tuberculeuse, six années auparavant.

Poursuivant un examen complet, nous trouvâmes une défense musculaire profonde, très nettement limitée à la fosse iliaque droite, accompagnée d'une douleur légère à la pression dans la région de Mac Burney.

Dès lors, nous fûmes convaincu que nous avions affaire à une appendicite chronique à symptômes nerveux. L'avenir nous donna raison. Sous l'influence du traitement classique, les symptômes s'amendèrent, mais ne disparurent qu'après l'ablation de l'appendice, pratiquée en janvier 1910.

L'appendice, farci de foyers hémorragiques, était histologiquement fort malade. L'enfant va, depuis, parfaitement bien.

Chez les enfants, ces réactions nerveuses sont assez souvent signalées et l'on peut observer de l'apathie, du retard du développement, des cris méningés avec vomissements et même des états de protration assez graves. La douleur abdominale qui donne lieu à de la contracture et à du décubitus en chien de fusil, la discordance du pouls et de la température peuvent ainsi venir compliquer le diagnostic.

CONCLUSIONS

I

Sous le nom de formes « à surprises » de l'appendicite chronique, nous désignons celles où le syndrome appendiculaire étant si fruste qu'il risque de passer inaperçu, le tableau clinique se présente sous des aspects qui paraissent absolument sans rapport avec l'appendicite.

II

Tels sont, par exemple, ces cas d'appendicite chronique qui revêtent le masque de la *tuberculose pulmonaire* ou qui s'extériorisent uniquement par des attaques d'asthme.

L'*asthme appendiculaire*, quoique rare, mérite d'être décrit. Il présente des caractères spéciaux, en particulier celui-ci qu'on peut, par une irritation plus ou moins violente de la région appendiculaire, reproduire des attaques dyspnéiques.

III

Un second groupe de ces formes à surprises est constitué par les *appendicites claudicantes*, c'est-à-dire celles où le syndrome appendiculaire étant à peu près nul, le malade se présente soit avec une sciatique, soit avec une coxalgie. Ces *sciatiques* et ces *pseudo-coxalgies appendiculaires* peuvent se reconnaître à quelques signes spéciaux.

IV

Dans un dernier groupe nous étudions quelques manifestations nerveuses de l'appendicite chronique, en particulier une *forme neurasthénique* et une forme *pseudo-méningitique*.

V

Le caractère commun de ces affections si diverses est de *guérir par l'appendicectomie*.

Vu : *le Président de la thèse*,
A. GILBERT

Vu : *le Doyen*,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer.
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris :
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Babinsky, Enriquez et G. Durand. — Un cas de fausse coxalgie avec appendicite chronique. Soc. méd. des hôp. de Paris, 18 juillet 1913.

Bérard et Vignard. — L'appendicite, Paris, 1914.

Brunon. — Appendicite chronique ou tuberculose. *Bull. méd.* 11 nov. 1911.

Couto. — La méralgie paresthésique de la colite muco-memôraneuse. Soc. méd. hôp. de Paris, 13 février 1913.

Delmas. — Adhérences douloureuses péricæcales après appendicectomie. Th., Paris, 1909.

Pierre et Paul Descomps et P. Brousse. — Les points douloureux abdominaux. *Paris médical* 1911, n^{os} 26 et 28.

E. Dupré. — Les cenestopathies. *Mouvemt. médical*, janv. 1913.

P. Duval. — Société de Chirurgie, 1914.

Ed. Enriquez. — Article Dyspepsies. Pratique médico-chirurgicale.

Ed. Enriquez et R.-A. Gutmann. — La sciatique appendiculaire. Soc. méd. des hôp. de Paris, 27 juin 1913.

Ed. Enriquez et R.-A. Gutmann. — La fausse coxalgie appendiculaire. Soc. méd. des hôp. de Paris, 18 juillet 1913.

Faisans. — Appendicite chronique simulant la tuberculose. Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 27 janvier 1912.

Fourquet. — Sciatique réflexe dans les affections des organes génitaux chez l'homme et chez la femme. Th., Bordeaux, 1890.

Girou. — L'appendicite chronique pure. Th., Paris, 1913.

Lardennois. — Stase côlique par déformation des côlons. La typhtectasie symptomatique. *Presse méd.*, 7 juin 1913.

Lereboullet. — Appendicite chronique et tuberculose chez l'enfant. *Pédiatrie*, 25 nov. 1912.

Massary (De). — Appendicite chronique simulant la tuberculose. *Monde médical*, 25 juin 1912.

Mayet. — Scoliose et appendicite chronique. S. des chirurgiens de Paris, 18 avril 1913.

G. Leo. — Id., discussion.

J. Mutel. — Diagnostic et traitement de l'appendicite chez les tuberculeux pulmonaires. Th., Paris, 1912.

Mathieu et J.-Ch. Roux. — Pathologie gastro-intestinale. T. III.

Picqué. — Psychopathies et chirurgie, Paris, 1912.

Pied. — Int. des praticiens, 24 fév. 1912.

Rocher. — Asthme et appendicite chronique. Th., Paris, 1911-12.

J. Sicard. — La sciatique. *Jour. de méd. de Paris*, n° 41 et 42, oct. 1911.

Walther. — Appendicite à manifestations thoraciques. Soc. médic. des hôp. de Paris, 9 février 1912.

M. Weil. — Points douloureux abdominaux, Paris 1911.

ADDENDUM A LA PAGE 9

Pathogénie

L'asthme d'origine appendiculaire est une affection rare. Mais sa pathogénie se conçoit assez facilement. Il s'agit d'un réflexe portant sur le pneumogastrique et le sympathique. Ce réflexe, parti de l'appendice, est connu et admis dans les dyspepsies d'origine appendiculaire. Le rapprochement mérite d'en être fait avec les cas qui nous occupent. Il avait déjà été indiqué par M. Enriquez qui écrivait, en 1907, dans son article « Dyspepsie » de la Pratique médico-chirurgicale : « Tel malade répondra aux excitations diverses, périphériques, centrales ou réflexes par une réaction épileptique ou par une réaction asthmatique, tel autre par une réaction dyspeptique... Les troubles fonctionnels qui constituent la dyspepsie gastrique portent à la fois sur la sensibilité, sur la mobilité et sur la secrétion, tout comme les troubles qui constituent l'asthme portent également sur la sensibilité (dyspnée angoissante), sur la mobilité (contracture tétanique des muscles inspirateurs) et sur la secrétion (hyperurine des muqueuses respiratoires) ».

Les observations que nous avons rapportées viennent corroborer entièrement cette opinion.

Imprimerie de J. Dumoulin, à Paris.